DISSERTATION

N° 174.

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 11 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH-ÉTIENNE REYNAUD, de Veynes,

Département des Hautes-Alpes.

« Melius est dubium quàm audax affirmatio. »

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Suppléant.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, Président.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutigue et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / JULES CLOQUET, Examinateur. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle, Examinateur.	Hatin, Suppléant.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry, Examinateur.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard, Examinateur.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

J.-E. REYNAUD.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/dissertationsurl0005vari_e8w3

DISSERTATION

SUR

L'AFFECTION TYPHOÏDE.

La doctrine des fièvres avait, jusqu'à nos jours, éprouvé de nombreuses révolutions; mais, grâces aux travaux d'hommes justement célèbres, et aux progrès de l'anatomie pathologique, toutes les théories se sont écroulées devant les faits. Le mouvement fébrile a perdu son essentialité, et l'on ne le voit plus aujourd'hui que comme phénomène d'une affection locale. La classification de *Pinel*, classification dans laquelle cet habile médecin avait, pour ainsi dire, pressenti la localisation des fièvres, est elle-même rejetée; il fait des ordres différens d'une série de symptômes qui ne sont que des variétés identiques d'une même lésion, de celle des follicules agminés de *Peyer* et isolés de *Brunner*, si bien caractérisée par MM. *Louis* et *Bretonneau*. Pour nous donc, toutes les fièvres continues se résument dans une seule maladie, et c'est elle que nous allons tâcher de décrire dans cette briève dissertation.

Appelée *fièvre typhoïde* par MM. *Louis* et *Chomel*, *dothinentérie* par M. *Bretonneau*, *fièvre entéro-mésentérique* par MM. *Petit* et *Serres*, et par d'autres *entérite folliculaire*, cette affection a reçu ces diverses

dénominations suivant que l'on a eu égard aux symptômes ou aux lésions. Généralement on a adopté le nom de *typhoïde*, parce qu'il ne laisse rien préjuger, et qu'ensuite cette maladie a beaucoup d'analogie avec le typhus.

Lésions anatomiques.

On peut les ranger en lésions constantes ou à peu près, en lésions existant moins souvent, et en lésions accidentelles.

Les premières portent sur les plaques elliptiques de l'intestin grêle et sur les ganglions mésentériques.

Quand le malade meurt du cinquième au sixième jour, on trouve les follicules intestinaux, à peine apparens en pleine santé, devenus saillans, gaufrés, avec une couleur violacée et une dureté remarquable. Quelques-uns ont une teinte tout à fait ardoisée; d'autres présentent seulement dans leurs centres un ou plusieurs points noirs, correspondant, à ce qu'on croit, aux orifices béans des cryptes; ces points disparaissent à mesure que les plaques se développent davantage. Le tissu cellulaire sous-muqueux est souvent lui-même engorgé. Si l'on incise les plaques à l'époque dont nous parlons, on les trouve formées par un tissu serré et correspondant à des ganglions lymphatiques. Les plus altérés des follicules se trouvent vers l'extrémité iléo-cœcale de l'intestin grêle, au côté opposé à l'attache du mésentère.

Chez ceux qui succombent du dixième au quinzième jour, on trouve le nombre de plaques altérées plus considérable, et présentant une teinte plus violacée; de plus, çà et là il existe des points jaunâtres, gangréneux, soulevés et formant des escharres qui ressemblent assez bien au bourbillon d'un furoncle. Alors aussi il commence à se former quelques ulcérations; les ganglions mésentériques sont plus rouges, plus mous, et quelques-uns pour ainsi dire liquéfiés; l'altération de ces glandes est en rapport avec celle des follicules.

Après le quatorzième et le quinzième jour, tous les degrés d'altération que nous venons d'examiner existent avec plus ou moins d'intensité, selon qu'on les considère vers la partie supérieure ou inférieure de l'intestin grêle ; mais ce qui domine, ce sont les ulcérations qui succèdent ordinairement aux escharres gangréneuses. Ces ulcérations plus ou moins nombreuses, plus ou moins étendues, et dont les bords tuméfiés et renversés sur eux-mêmes sont taillés à pic, ne se bornent pas toujours à intéresser le tissu cellulaire sous-muqueux ; mais la membrane musculeuse y participe souvent, et la membrane séreuse, formant alors le fond de l'ulcération, ne tarde pas à se rompre, et à produire une perforation suivie des symptômes les plus violens de la péritonite aiguë et de la mort elle-même. A cette époque, les ganglions mésentériques peuvent offrir un aspect purulent ; les plus lésés correspondent aux ulcérations les plus profondes.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, les plaques s'affaissent et deviennent d'un blanc mat ; tantôt leur volume est diminué, tantôt il reste le même avec cette couleur. Dans ce cas aussi, les bords des ulcérations se dégorgent, s'affaissent, et tendent à se mettre de niveau avec leurs fonds. Quand les bords de l'ulcération sont ainsi affaissés, le fond s'unit à eux par une membrane d'abord d'une apparence séreuse, ensuite cellulo-vasculaire, et prennent plus tard l'aspect d'une muqueuse. Cette marche dans la cicatrisation ne peut être empêchée que par le décollement de la muqueuse autour des bords de l'ulcération : alors la mort est inévitable.

Quelques observations, citées par MM. *Andral*, *Louis* et *Bretonneau*, semblent indiquer que l'altération des plaques de *Peyer* existe dès le début de la maladie ; mais elles sont encore trop peu nombreuses pour affirmer que cela a lieu dans tous les cas ; nous ne croyons pas non plus que l'on puisse limiter la marche des altérations, et en former diverses périodes, comme l'a fait M. *Bretonneau*.

Le gros intestin est le plus souvent météorisé, et sa membrane

muqueuse est le siége d'un ramollissement et d'ulcérations superficielles.

Autour des follicules, la membrane muqueuse peut être saine dans un grand nombre de cas ; cet état a été constaté à toutes les époques de la maladie : cependant il y en a d'autres où elle présente de la rougeur, de l'injection et du ramollissement, qui tantôt paraissent récens, tantôt anciens. La proportion des cas où la muqueuse intestinale est intacte est d'autant plus considérable que la maladie est plus prompte. La partie supérieure de l'intestin grêle, le commencement de l'iléon, le jéjunum et surtout le duodénum sont presque toujours parfaitement sains, aussi bien que l'estomac. Au reste, les altérations que peuvent présenter ces divers organes ne sont pas plus nombreuses dans la fièvre typhoïde que dans les autres affections aiguës, et n'offrent rien de spécial.

L'œsophage, le pharynx, le larynx, la vessie, ont une tendance à s'ulcérer, comme l'a le premier fait observer M. *Louis*. La trachée conserve le plus souvent son état normal; mais il n'est pas rare de trouver la muqueuse des bronches rouge, ramollie, et le poumon lui-même hépatisé.

Les altérations identiques et constantes de la rate semblent avoir quelque chose de particulier ; dans les deux tiers des cas, son volume est doublé, triplé et même quintuplé ; elle est ramollie ou réduite en une bouillie noirâtre. Elle est surtout lésée chez ceux qui succombent promptement ; M. *Louis* ne l'a trouvée saine que lorsque la mort était arrivée long-temps après l'invasion de la maladie.

Le foie est quelquefois rouge, ramolli, décoloré ; la bile plus épaisse ; rarement les glandes parotides passent à l'état de suppuration.

Le cerveau, qui paraît si gravement altéré pendant la vie par le trouble de ses fonctions, ne présente rien à l'autopsie qui puisse rendre raison des désordres observés ; et l'on est forcé nécessairement de conclure qu'ils ne sont que l'effet de la réaction sympathique de l'intestin malade sur l'encéphale.

Quant au ramollissement du cœur, à la rougeur de sa membrane interne, qu'on présente comme une modification remarquable de cette maladie, ils ne se rencontrent que dans un petit nombre de cas, et sont un effet purement cadavérique. Ce n'est aussi que par exagération, et le plus souvent par hypothèse, que l'on a prétendu que le sang était constamment altéré : l'absence de la couenne inflammatoire, et cette prompte dissolution du sang que l'on voit quelquefois, ne se présentent guère plus souvent que dans d'autres maladies ; même M. *Louis* a observé que ce phénomène était plus fréquent dans le ramollissement du cerveau que dans la fièvre typhoïde.

En résumé, l'altération des plaques elliptiques des ganglions mésentériques, peut-être aussi de la rate, et cette tendance des muqueuses et de la peau à l'ulcération, voilà ce qui caractérise éminemment la fièvre typhoïde.

Étiologie.

La cause déterminante de la fièvre typhoïde est obscure, comme dans presque toutes les maladies où l'on est obligé d'admettre une disposition individuelle qui ne nous échappe pas moins. Les causes secondaires, occasionelles, prédisposantes ne sont guère mieux connues, et ont reposé, de tout temps, sur les idées théoriques qu'on avait adoptées aux différentes époques de la science. Quoi qu'il en soit, on admet aujourd'hui que le plus souvent, mais non pas d'une manière absolue, leur développement est influencé par un mauvais air, l'air malsain des amphithéâtres, les saignées intempestives, les hémorrhagies considérables, les fatigues extrêmes, les chagrins, les affections morales tristes, l'alimentation insuffisante, la misère, l'entassement. Si l'on ne peut pas toujours rattacher à ces causes le principe de la maladie, il n'en est pas moins vrai qu'elles peuvent avoir un grand empire sur sa marche, ses complications et sur son mode de terminaison.

Parmi ces causes, l'âge tient le premier rang : elle est surtout fréquente de quinze à trente ans. Il est rare, il n'est peut-être pas d'exemples de fièvre typhoïde passé quarante-deux à quarante-cinq ans ; elle appartient à la jeunesse, à la force. Les auteurs qui avaient regardé les vieillards comme y étant surtout disposés se sont évidemment trompés, puisque l'expérience prouve que cet âge en est exempt. Ce qui a pu les induire en erreur, c'est la tendance qu'ont les différentes phlegmasies de revêtir à cette époque la forme adynamique. Le séjour récent dans une grande ville y prédispose évidemment : est-ce au changement d'habitudes de l'individu, à l'influence de l'air atmosphériques, à celle de l'alimentation, à l'isolement où se trouvent beaucoup de ces personnes, aux privations, aux excès, que cela est dû? Certainement toutes ces conditions y sont pour beaucoup ; mais combien voit-on d'individus qui ont su s'y soustraire être atteints eux-mêmes de cette maladie. Ce n'est souvent qu'après six mois, quinze mois qu'elle se manifeste, et n'a égard ni au tempérament, ni aux constitutions, ni au sexe.

Marche et symptômes.

La fièvre typhoïde débute souvent d'une manière subite ; d'autres fois elle a des prodromes qui sont : la diarrhée, des frissons, la faiblesse, le brisement des membres, des lassitudes universelles, l'amaigrissement, la diminution d'appétit, la bouche mauvaise, l'empâtement, les urines épaisses ; l'invasion se manifeste surtout par une céphalalgie qui ne dure ordinairement que la première semaine : dès-lors aussi les malades sont obligés de garder le lit et ne peuvent plus le quitter ; ils sont chancelans, comme ivres ; tout tourne autour d'eux ; il y a des éblouissemens quand ils se redressent, des tintemens d'oreilles ; leurs réponses sont lentes, mais précises ; enfin ils paraissent dans une indifférence complète sur ce qui les concerne. Dans le premier septénaire, l'altération des traits est déjà frappante ; le malade est presque toujours couché sur le dos ; la figure devient immo-

bile, immobilité qui constitue le premier degré de la stupeur. La céphalalgie persiste, et redouble ordinairement la nuit, qui est sans sommeil, ou troublée par de pénibles rêvasseries. S'ils veulent s'asseoir, ils ne le peuvent qu'avec difficulté. Si le délire survient, il n'est que passager. Des épistaxis ont presque toujours lieu dès le début, même chez les sujets qui n'y ont jamais été soumis; ces hémorrhagies sont d'autant plus remarquables, qu'elles sont aussi rares dans les autres maladies aiguës qu'elles sont fréquentes dans celle-ci : leur durée ne va guère au-delà de la première période, et dans aucun cas elles ne diminuent le mal de tête. Les fonctions de relation, de nutrition sont affaiblies ; la langue, sans être sèche, est humide et collante ; les lèvres offrent des plaques jaunâtres ; la soif est vive, la bouche sèche, et rarement il se montre d'autres symptômes du côté de l'estomac. Le ventre prend déjà un léger développement, ordinairement en rapport avec la marche de la maladie ; une douleur sourde se fait sentir dans la fosse iliaque droite ou à l'épigastre. La diarrhée, qui presque toujours a paru dès le début, manque dans quelques cas; c'est la constipation qui la précède alors, car elle survient toujours vers le huitième ou dixième jour. Vers la fin de cette première semaine, les matières fécales deviennent fétides et la peau se dessèche.

L'éruption de taches rosées, lenticulaires, légèrement proéminentes, plus ou moins nombreuses, occupant principalement les parois thoraciques et abdominales, et d'autant plus marquées que la peau est plus blanche, apparaît ordinairement vers le dixième jour. Ces taches typhoïdes, dont la durée n'est pas constante, et qui s'effacent peu à peu en se décolorant, ne doivent point être confondues avec les pétéchies ou ecchymoses, qui deviennent plus apparentes par la pression, tandis que le même moyen fait disparaître les premières. Les sudamina, moins fréquens que les taches rosées, et moins particuliers à la fièvre typhoïde que celles-ci, se montrent vers la même époque ; visibles à la vue et au toucher, ils sont constitués par de petites vésicules blanches, transparentes. Il n'est pas rare non plus de voir venir à la peau, dans le second septénaire, des ulcéra-

tions produites soit par des excoriations, soit par des vésicatoires. On observe également des gerçures aux lèvres, à la langue, à l'anus; des escharres au grand trochanter, au sacrum, au coccix. Dans cette seconde période encore, le décubitus dorsal, la stupeur, la faiblesse musculaire, et tous les phénomènes observés dans la première, augmentent; le malade ne se dérange pour rien, quelquefois il laisse aller sous lui sans conscience de son état. Les épistaxis, la céphalalgie ont disparu, mais les vertiges ont augmenté; la contractilité musculaire est tellement affaiblie, qu'il ne peut se soutenir ni descendre de son lit, du moins à un degré intense. Quelquefois aussi on observe des soubresauts de tendons; dans des cas plus graves encore, il survient une raideur permanente dans les muscles, phénomène excessivement dangereux et presque toujours mortel. Les facultés intellectuelles se troublent; il y a somnolence, délire tel, que le malade, guéri, ne se rappelle plus ce qui s'est passé. Les phénomènes de nutrition ne sont pas moins remarquables : la bouche se dessèche; la langue, la muqueuse buccale, les lèvres, les dents se couvrent d'un mucus blanchâtre; le météorisme augmente souvent au point de gêner la respiration; la diarrhée persiste ou fait de nouveaux progrès; l'odeur des matières devient plus fétide; le malade ne se plaint plus de la douleur qu'il éprouvait dans la région iliaque droite et dans l'hypochondre; quelquefois il survient des hémorrhagies par le rectum, et elles appartiennent tellement aux ulcérations, que leur présence seule peut faire croire à celle des glandes de *Peyer*.

La respiration devient parfois fréquente dans le commencement de la maladie : il y a de la toux, des crachats expectorés avec difficulté, du râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. Dans la seconde période, la gêne de la respiration augmente souvent, ce qui devient excessivement grave, et entraîne presque toujours le malade, ainsi que l'avait observé *Stoll*.

Le pouls est toujours fréquent, à part quelques exceptions où il est presque à l'état normal : ce cas où le cerveau est presque toujours affecté sympathiquement avait fait donner à cette modifica-

tion le nom de *maligne*. Cependant on peut affirmer qu'en règle générale, le pouls est fréquent, fort et rebondissant dans la première semaine, et que, plus tard, il devient petit, tremblant et irrégulier. Plus tard aussi, la chaleur de la peau devient âcre, les sécrétions se suppriment, l'enduit de la bouche devient brun, noirâtre, la déglutition difficile, et il se forme de l'engouement vers la partie inférieure et postérieure des poumons.

Dans le troisième septénaire, si le malade est en voie de guérison, il répond avec moins de lenteur, de difficulté; ses yeux se dirigent vers la personne qui lui parle, puis il retombe dans son immobilité; en même temps la bouche s'humecte, le malade dort un peu, la déglutition est plus facile, le ventre est moins météorisé, le dévoiement diminue, les matières fécales deviennent un peu consistantes : ce dernier phénomène vers le quinzième jour est d'un bon augure. La respiration est moins gênée, moins fréquente; le bruit sibilant disparaît, le mouvement fébrile se ralentit, devient plus régulier; la peau prend de la souplesse, l'urine coule en plus grande quantité; le malade recouvre la faculté de respirer par le nez; les mucosités de cette partie se détachent; s'il existe quelques plaies, elles prennent un meilleur aspect. Mais, lorsque la maladie doit se terminer par la mort, c'est ordinairement du dix-huitième au vingtième jour qu'elle arrive : dans ce dernier cas, la plupart des symptômes s'aggravent; la stupeur, la faiblesse augmentent; la voix devient tremblante, impossible; l'intelligence se trouble, et le malade tombe dans le coma. Les matières sont rendues involontairement sans que le malade ait la conscience de sa position; la bouche se dessèche davantage; il se forme sur la langue, sur les lèvres, des stries muqueuses, opaques, rendant une odeur fétide; la respiration s'embarrasse, et souvent il survient une sorte de stertor; le pouls s'éteint, la chaleur diminue et le malade succombe. Quelquefois la mort arrive au milieu de douleurs atroces dans le ventre, d'accidens tétaniques, de convulsions, etc., phénomènes dus à une péritonite suraiguë, produite par la perforation intestinale. Il est à noter que cette perforation se

montre, dans la majeure partie des cas, chez les sujets dont l'affection paraissait ne pas offrir de gravité, et était plus ou moins complètement latente.

Variétés symptomatiques. Quoique dans la fièvre typhoïde il y ait toujours identité entre les principaux symptômes qui se montrent constamment, mais avec différence d'intensité; qu'il y ait identité pour l'âge qu'elle attaque, et surtout pour la lésion anatomique, nous croyons devoir jeter un coup-d'œil rapide sur chaque variété symptomatique.

La forme *inflammatoire* se montre presque toujours au début de la maladie chez les individus sanguins, forts, sujets aux hémorrhagies: s'ils ne périssent point dans le commencement, elle revêt dans presque tous les cas la forme adynamique ou ataxique vers le dixième ou douzième jour. Ce fait n'avait point échappé à *Pinel.* La forme *bilieuse* apparaît principalement en automne et en été : la peau offre une teinte jaunâtre; un enduit de même couleur recouvre la langue; les vomissemens sont bilieux ; il y a de l'âcreté dans la chaleur ; une soif excessive, de la sécheresse dans la bouche. Les individus habitant des pays humides, malsains, les sujets soumis à une alimentation insuffisante, jeunes, lymphatiques, présentent spécialement la forme *muqueuse*, caractérisée par le surcroît des sécrétions muqueuses. Rarement, même dès le début, elle n'est pas accompagnée d'adynamie. La forme *ataxique* est remarquable par les désordres nerveux et l'inégalité de la maladie ; elle se montre principalement chez des individus nerveux et soumis à des influences morales. Lorsque les désordres nerveux dominent sur la prostration, ils peuvent varier à l'infini ; c'est un délire doux, violent, une excitation perpétuelle, des éblouissemens, la surdité, les soubresauts des tendons, la raideur des muscles, des évacuations involontaires, la paralysie de la vessie. La disproportion, le désaccord entre les symptômes, tels qu'un pouls presque normal avec une chaleur intense, sont propres à cette variété. La plupart des fièvres cérébrales, ce qu'on appelle *fièvres ner-*

veuses, se rattachent à cette forme. Dans la forme *adynamique*, la plus fréquente de toutes, ce n'est plus un système seul qui est attaqué, c'est une faiblesse qui s'étend dans tous les organes, elle a été observée à peu près dans toutes les constitutions. Les malades sont profondément prostrés, incapables de s'asseoir, de s'incliner à droite ou à gauche, quelquefois même de soulever le bras; l'immobilité des traits est complète ; il y a impossibilité d'avaler ; l'injection du liquide est suivie d'une espèce de gargouillement ; la figure est pâle et violacée ; les lèvres, la langue, couvertes d'un enduit noirâtre ; le météorisme plus avancé, les évacuations alvines plus fétides, plus promptement involontaires. Des escharres se forment, et ne tardent pas à se sphacéler : *Dance* a même cité un cas de gangrène de l'abdomen; le pouls offre une grande faiblesse, il est tremblotant ; le poumon s'engoue ; la chaleur de la peau est gluante et visqueuse ; il y a propension à l'assoupissement, difficulté d'uriner.

Diagnostic. Dans la plupart des cas il est assez facile, attendu qu'il est rare que tous les phénomènes essentiels viennent à manquer; il sera surtout tiré de la stupeur et de la débilité peu en rapport avec les autres symptômes, des épistaxis, des taches rosées, du météorisme, de la somnolence, qui existent presque constamment et qui sont rares dans d'autres maladies. Le médecin devra s'enquérir s'il n'y a pas quelque phlegmasie grave des organes thoraciques ou abdominaux, si cette phlegmasie a été antérieure à l'apparition des phénomènes typhoïdes, ou bien si elle est ultérieure. La fièvre typhoïde ne vient jamais compliquer d'autres affections, et elle-même en a souvent d'intercurrentes. Enfin, toutes les fois qu'il n'existera aucune phlegmasie, ou qu'elle sera trop légère pour expliquer des symptômes graves, on sera porté, par exclusion, à admettre la lésion des plaques elliptiques : on a vu pourtant quelques observations de dothinentérie qui avait une forme latente et qu'on n'a pu reconnaître.

Prognostic. Cette affection est toujours sérieuse; et quelque légers qu'apparaissent d'abord les symptômes, il ne faut point s'endormir sur une bénignité qui n'est souvent qu'apparente. Il est d'observation que l'état moral du malade doit être considéré pour beaucoup dans le prognostic que l'on veut porter; une face profondément altérée, une grande stupeur, des évacuations involontaires, annoncent presque toujours une issue funeste. Le délire n'est grave que par le coma qui ordinairement l'accompagne; enfin les soubresauts des tendons, les convulsions, la raideur musculaire, la respiration petite et fréquente, sont les phénomènes les plus funestes que l'on puisse rencontrer.

Durée. La fièvre typhoïde est une des maladies dont les médecins ne peuvent guère abréger la durée, quels que soient leurs moyens thérapeutiques. Elle n'a pas moins de dix-huit à vingt jours, et peut se prolonger au-delà de trente à quarante jours. Si, avant l'époque ordinaire, au milieu de symptômes graves, il survient une rémission, elle n'est qu'apparente; la gravité s'accroît bientôt et le malade meurt.

Convalescence. Si la maladie est sérieuse, la convalescence est longue et épineuse : une foule d'inflammations peuvent se former à la moindre imprudence; il y a peu de sommeil, l'appétit ne revient pas, ou que lentement; la répugnance pour le mouvement continue; le malade est toujours faible, a des sueurs abondantes, une constipation opiniâtre; il est porté aux chagrins, à la tristesse, à la colère; les ulcères, suite d'une vésication, d'une excoriation, résistent opiniâtrément; les forces et l'embonpoint ne reviennent que lentement; quelquefois le tissu cellulaire des jambes s'infiltre, plus rarement il se forme des foyers purulens. Il est vrai de dire, au reste, que dans la plupart des cas la convalescence est plus heureuse et plus prompte.

La fièvre typhoïde est-elle contagieuse?

Malgré les faits cités par M. *Bretonneau* à l'appui de son opinion, faits que nous sommes bien loin de révoquer en doute, malgré l'analogie incontestable qui existe sous certains rapports entre la fièvre typhoïde et les maladies contagieuses, la question de la contagion est à peu près jugée par nous; en effet, comment supposer cette maladie contagieuse, lorsque dans un hôpital, jamais malade ne la communique à son voisin ni aux personnes qui lui donnent des soins, et que jamais celui qui lui succède dans le lit qu'il vient d'occuper n'en est lui-même atteint? Je crois ces raisons trop péremptoires pour nous y arrêter plus long-temps.

Du mode de traitement.

Il n'est peut-être pas de maladie où médecin ait le moins de ressources thérapeutiques; voilà pourquoi les anciens l'appelaient *opprobrium medicinæ*. Les moyens hygiéniques sont les seuls qui jusqu'ici aient une valeur incontestable.

Les méthodes les plus diverses, les médicamens les plus contraires, les émolliens, les toniques, les révulsifs, les purgatifs, les émétiques, ont tour à tour été mis en usage; mais les résultats ont été à peu près les mêmes; et, d'après les relevés de la mortalité, faits dans tous les temps et d'après tous les modes, aucun n'a paru avoir un avantage bien marqué, puisque généralement la mortalité a été d'une sur quatre; preuve évidente que jusqu'ici on n'a trouvé aucun remède qui fût éminemment nuisible ou éminemment utile. Au reste, les diverses circonstances de la maladie, l'irrégularité des symptômes dans leur marche, rendent très-difficile l'appréciation de l'emploi des médicamens; et, en effet, il arrive souvent que le délire va et vient sans être influencé par des moyens actifs, que le pouls, le météorisme s'accélèrent sans causes appréciables, et que le médecin attribue aux remèdes qu'il prescrit ce qui n'est l'effet que de causes inconnues. Cette considération a fait renoncer aux moyens empiriques, et

l'on a dû s'en tenir à un traitement rationnel, qui fût modifié suivant la forme, les degrés et l'époque de la maladie.

Une saignée ou deux du bras sont généralement utiles au début; on a ensuite recours aux boissons délayantes et aux émolliens de tout genre La forme inflammatoire, la bilieuse, nécessitent surtout des émissions sanguines et des boissons acidules; dans cette dernière, on doit proscrire les vomitifs, que *Stoll* jugeait indispensables et que *Dehaën* condamnait avec raison. Dans la forme muqueuse, on peut donner quelques boissons légèrement aromatisées. Pour l'adynamique bien tranchée, survenue chez des individus qui ont été soumis à des causes débilitantes physiques et morales, et principalement vers les quinzième et seizième jour de la maladie, je crois utile l'emploi des toniques, prescrits d'abord à doses très-fractionnées pour éprouver la susceptibilité de l'économie. Comme dès le début l'adynamie peut n'être qu'apparente, on doit les proscrire.

Les révulsifs ont été aussi fréquemment employés, soit pour relever les forces, soit pour remédier à certains symptômes; il faut pourtant en être avare, vu leur facilité à former des ulcères. On n'emploie guère que la moutarde mitigée, que l'on ne laisse séjourner que peu de temps.

Dans ces dernières années, M. *Chomel*, pensant que cette maladie pouvait avoir quelque chose de spécial, a cru qu'on pourrait trouver peut-être un remède qui lui serait propre. C'est dans cette vue qu'après avoir expérimenté l'eau gazeuse, dont l'emploi n'a pas eu de réussite bien avantageuse, il a tenté l'essai des chlorures. Depuis trois ans que ce moyen est mis en usage, des résultats heureux ont semblé couronner les efforts de cet habile praticien : sur trente-quatre malades ayant cette affection bien caractérisée, et soumis exclusivement au traitement des chlorures, quatre seulement sont morts, dont un était tuberculeux et avait une pneumonie intercurrente; ce qui ferait une mort sur huit et demi ! Résultat avantageux, résultat immense comparé à ceux obtenus jusqu'à lui ! Pourtant il est encore nécessaire que de nombreuses observations soient faites, et que de

nouveaux succès viennent sanctionner la préférence que l'on doit accorder à ce moyen.

M. *Chomel* fait administrer les chlorures par toutes les voies ; c'est à celui de soude qu'il donne la préférence, et il le fait prendre ordinairement dans la proportion d'un grain de chlorure pour une once de liquide, dose qu'il pousse quelquefois jusqu'à deux grains ; tous les liquides à employer sont indifférens, pourvu qu'ils ne contiennent aucun acide qui pourrait neutraliser le chlorure.

Doit-on considérer la fièvre typhoïde comme une gastro-entérite intense ?

Les médecins physiologistes, dont certainement la science n'oubliera jamais les progrès qu'elle leur doit, ont été, ce me semble, trop exclusifs en ne voyant dans la dothinentérie qu'une gastro-entérite intense. On appelle *entérite* l'inflammation de la muqueuse intestinale ; mais les plaques de *Peyer* ne sont pas la muqueuse, ce sont des organes différens ; et, supposé que leur lésion fût une inflammation, elle mérite pour le moins une autre dénomination ; d'autant plus que des faits, observés par les hommes les plus dignes de foi, ont montré que dans la moitié des cas la muqueuse n'était point enflammée dans la fièvre typhoïde, et que jamais, dans la gastro-entérite, les follicules intestinaux n'étaient altérés. Et si l'on considère les causes, la marche, la durée, les symptômes, la terminaison et le traitement de ces deux affections, quelles différences tranchées ne trouve-t-on pas ! Dans l'entérite, les causes les plus fréquentes sont pour ainsi dire mécaniques ; l'introduction de substances irritantes alcoholiques la produit le plus souvent. Les causes de la fièvre typhoïde sont toujours inconnues ; les liquides les plus escharrotiques n'ont jamais altéré les plaques elliptiques. Dans l'entérite, dévoiement presque seul, point de météorisme, presque pas de fièvre ; conservation des forces, malgré des évacuations quelquefois excessives ; nul trouble d'innervation : dans la dothinentérie, diarrhée souvent très-modérée, faiblesse extrême, douleurs abdominales, météorisme, ordinairement délire, fièvre intense : dans l'entérite, point de taches

à la peau, point de sudamina; presque tous les désordres sont bornés à l'abdomen; il n'y a que rarement des phénomènes secondaires: dans la fièvre typhoïde, hémorrhagies, otites, pneumonies, etc. L'entérite peut se terminer dans l'espace de deux ou trois jours; la fièvre typhoïde ne se termine pas avant le dix-huitième ou vingtième jour. Comme complication, l'entérite peut survenir dans toutes; M. *Louis*, qui a beaucoup vu de dothinentéries, ne l'a jamais vue survenir dans le cours d'une autre affection. L'âge n'est pour rien dans l'entérite, et nous avons vu que la fièvre typhoïde était particulière à certaines époques de la vie. Le traitement est encore plus tranché, puisque, dans l'une, l'éloignement des causes, les moyens adoucissans les plus simples suffisent pour la guérison; l'autre est malheureusement remarquable par son opiniâtreté à résister aux moyens les plus variés qu'offre la thérapeutique.

Il me restait encore à examiner si la lésion des plaques de *Peyer* est le point de départ de la maladie, ou bien si elle n'est qu'un phénomène prédominant; mais cette question, qui partage des hommes d'un égal mérite, et également bons observateurs, qui est appuyée de part et d'autre par des raisonnemens sans réplique en apparence, ne me paraît pas encore jugée, et je crois qu'on aura besoin de nouveaux faits, de nouvelles observations pour prononcer définitivement sur la valeur relative de la lésion et des symptômes. Je pencherais, je l'avoue, pour croire que toute la maladie consiste dans la lésion; mais je n'ai pas cru devoir soutenir une opinion dont je n'étais pas entièrement convaincu.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.

II.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Ibid.*, *aph.* 7.

III.

Ubi cibus præter naturam copiosior ingressus fuerit, id morbum creat. Ostendit autem sanatio. *Ibid.*, *aph.* 17.

IV.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Ibid.*, *aph.* 19.

V.

A morbo bellè comedenti nihil proficere corpus, malum est. *Sect* 4, *aph.* 31.

VI.

In morbis minùs periclitantur ii quorum naturæ, et ætati, et habitui, et tempori magis cognatus fuerit morbus, quàm ii quibus horum nulli fuerit similis. *Sect.* 2, *aph.* 34.